

説明文書

造影剤を用いたMRI検査

患者氏名 _____ 様 以下のとおり説明しました。

医療機関名 _____ 説明医 _____

同席者 _____

この文書は、造影剤を用いたMRI検査について、目的、内容、危険性などを説明するものです。説明を受けられた後、不明な点がありましたら何でもおたずねください。

1 a. あなたの病名

b. あなたの病態

2 この検査の目的

MRI 検査とは大きな磁石による磁場の中で体の中の水素元素の核磁気共鳴現象を測定し、コンピュータで解析し、人体の内部構造を画像化する検査です。したがって検査室内には金属製品や電子機器(補聴器, 装飾品, 腕時計, 鍵, エレキバン, カイロ, 磁気カード, アイライナー, 刺青(プリント含む)入れ歯など)を持ち込まないでください。気管支喘息がある方, 重い腎障害や肝障害のある方, また体内に金属や, ペースメーカーなど電子機器が入っている方は原則として検査ができませんので, 担当者にお申し出ください。

造影剤を用いなくてもMRI検査は行えますが, 不十分になる場合があります。造影剤を用いることにより, 病気の状態をより正確にすることが可能になり, 今後の治療に役立つことがあります。

③ この検査の内容

- 1) 検査実施病院 : 国立病院機構 東埼玉病院
- 2) 身に付けている金属類をすべて取り出し、検査室内の寝台に仰向けになります。
- 3) 15～60分間仰向けでいてください。撮像時いろいろな音がします。
途中で具合が悪くなりましたら合図をしてください。
検査の最中に、必要なタイミングで、造影剤を注射いたします。

④ この検査に伴う危険性—造影剤の副作用

この検査に用いる造影剤は、安全な薬ですが、まれに下記のような副作用が起こることがあります。

- 1) 軽い副作用: 吐き気, 動悸, 頭痛, かゆみ, 発疹などで, 基本的には治療を要しません。このような副作用の起こる確率は約1%(100人に1人)です。
- 2) 重い副作用: 呼吸困難, 意識障害, 血圧低下などです。このような副作用は, 通常は治療が必要で, 後遺症ののこる可能性もあります。そのため, 入院や手術が必要なこともあります。発生頻度は約0.05%(1万人に5人)です。
- 3) 非常にまれですが, 病状や体質によっては死亡する場合があります。約100万人に1人(0.0001%)とされています。

即時型副作用が発生した場合には検査実施病院の検査担当医師, 診療放射線技師, 看護師が速やかに対応し最善の治療を行います。

遅発型副作用と思われる症状(発熱, 発疹, 悪心, 血圧低下, 呼吸困難など)が発生した場合には, 下記⑧へ連絡してください。なお, 遅発型副作用は造影剤の投与開始から1時間～数日後にも発生する可能性があります。

勢いよく造影剤を注入する場合には血管外に造影剤がもれることがあります。

この場合は, 注射部位がはれて, 痛みを伴うこともあります。時間がたてば吸収されますので心配はいりませんが, もれた量が非常に多い場合は, 処置が必要となることもあります。

いずれの場合も, 副作用の治療は通常の保険診療で行います。また患者さんの負担になりますので, ご了承願います。

5 代替可能な検査

造影剤を用いない代替検査として単純MRI, エコー, CT があります。しかし, これらの検査も, 造影剤を用いたMRI検査に完全に置き換わるものではなく必要な情報が得られなくなる可能性があります。

6 患者さんの具体的な希望

7 検査の同意を撤回する場合

いったん同意書を提出しても, 検査が開始されるまでは, 検査をやめることができます。やめる場合にはその旨を下記8まで連絡してください。

8 連絡先

本検査について質問がある場合や, 検査を受けた後に緊急の事態が発生した場合には, 下記まで連絡してください。

医療機関名 _____

医師名 _____

電話 _____

同意文書

独立行政法人国立病院機構東埼玉病院 院長 殿

私は、造影剤を用いたMRI検査を受けるにあたり、下記の医師から、説明文書に記載されたすべての事項について説明を受け、その内容を十分に理解しました。また、私は、この検査を受けるかどうか検討する時間を十分に与えられました。そのうえで、自由な意思に基づき、この検査を受けることに同意します。

なお、説明文書とこの同意文書の写しを受け取りました。

- 病名・病態
- 検査の目的・必要性・有効性
- 検査の内容と性格および注意事項
- 検査に伴う危険性とその発生率
- 偶発症発生時の対応
- 代替可能な検査およびそれに伴う危険性とその発生率
- 検査を行わなかった場合に予想される経過
- 患者さんの具体的希望
- 検査の同意撤回
- 連絡先

(*説明事項を確認のため□にチェック記載)

説明年月日：_____年___月___日

説明医： (_____)

(自筆。又はゴム印等を用いて記名する場合は印を加える。)

同意年月日：_____年___月___日

同意者（本人）： (_____)

(自筆。又はゴム印等を用いて記名する場合は印を加える。)

(代諾者)： (_____)* (患者さんとの関係：_____)

(自筆。又はゴム印等を用いて記名する場合は印を加える。)